

Magdalena Nowakowska

Spółeczno-kulturowe uwarunkowania zmian w rozumieniu kategorii zdrowia i choroby

The role of sociocultural background of changes in meaning category of health and sickness

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 1
Kraków

Wprowadzenie

We współczesnym świecie coraz więcej miejsca w dyskursie zarówno politycznym, medialnym jak i edukacyjnym oraz naukowym poświęca się kategorii zdrowia. Fenomen zdrowia przestał być domeną medycyny i jedynie życzeniem składanym bliskim, przy każdej świątecznej lub codziennej okazji. Liczba badań na temat zdrowia w naukowych periodykach z zakresu psychologii, socjologii i pedagogiki jest ogromna. Jednak badania naukowe to tylko jeden aspekt uwagi poświęconej kategorii zdrowia. Zdrowie, obok swojego znaczenia medycznego, stało się pojęciem psychospołecznym szeroko omawianym w popularnych czasopiśmie, audycjach i programach telewizyjnych. Ponadto temat zdrowia podejmują politycy i działacze społeczni, którzy starają się popularyzować wiedzę na temat zdrowia oraz działań prozdrowotnych wśród dzieci i dorosłych. Podsumowując, można stwierdzić, że pojęcie zdrowia stało się znaczące dla ogólnych zagadnień społecznych; jest

wciąż na nowo konceptualizowane i przekształcane zgodnie z dominującym kontekstem socjokulturowym. Aktualna koncepcja zdrowia jest funkcją naukowego podejścia i nacisków społecznych (Hobfoll, 2006).

Cel

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zmian w rozumieniu kategorii zdrowia i choroby w kontekście zmieniających się uwarunkowań społeczno-kulturowych na przestrzeni XIX i XXI wieku. Ponadto, celem artykułu jest przedstawienie na ile aktualnie przyjmowana przez naukowców koncepcja zdrowia przenika do wiedzy potocznej na temat zdrowia.

Aby lepiej zrozumieć fenomen dzisiejszej popularności zagadnienia zdrowia, postaram się przedstawić uwarunkowania społeczno-historyczne i filozoficzny kontekst rozwoju modelu zdrowia-choroby na przestrzeni XX wieku. Aktualnie obowiązująca koncepcja zdrowia zależy również od przyjmowanej perspektywy badawczej. Wierząc,

że zdrowie-choroba to stan naszego umysłu, dążymy do zmiany sposobu myślenia. Jeśli uznamy, że zdrowie-choroba jest funkcją czynników środowiskowych, będziemy zmieniać świat zewnętrzny. Spostrzegając zdrowie w określony sposób, nadajemy mu określone znaczenie.

W psychologii zdrowia przyjęło się mówić o dwóch przeciwstawnych modelach zdrowia: biomedycznym i holistycznym. W XX wieku doszło do kilku przełomów społeczno- kulturowych, które doprowadziły do usystematyzowanego ujęcia problematyki zdrowia. Przełomy te określa się mianem trzech rewolucji zdrowotnych (Wrona-Polańska, 2003).

Pierwsza rewolucja zdrowotna

Pierwsza rewolucja zdrowotna oznaczała podjęcie działalności w trosce o zdrowie publiczne, nakierowanej na wprowadzanie zmian w środowisku zewnętrznym, na poprawę warunków życia (sanitarnych, mieszkalnych, żywieniowych) społeczeństwa. Działania profilaktyczne dotyczące jednostki odgrywały w tym czasie jeszcze rolę drugoplanową. Człowiek był traktowany jako bierny obiekt zewnętrznych oddziaływań prewencyjnych, od którego wymaga się jedynie przestrzegania zasad higieny (Dolińska-Zygmunt, 1996; Wrona-Polańska, 2003).

Druga rewolucja zdrowotna

Zmiany społeczno-kulturowe związane z szybkim rozwojem przemysłu, postępującą urbanizacją i przyśpieszeniem

tempa życia wywarły wpływ na sytuację zdrowotną społeczeństw wysoko rozwiniętych. Sukcesy medycyny naprawczej i ograniczenie negatywnych skutków chorób zakaźnych, będące efektem działań zaradczych z początku XX wieku, nie przyniosły oczekiwanych zmian we współczynniku zgonów. Po II wojnie światowej co prawda udało się zmniejszyć śmiertelność niemowląt, ale nastąpił wzrost umieralności dorosłych na tak zwane choroby cywilizacyjne (Dolińska-Zygmunt, 1996). W dobie cywilizacji industrialnej miasta zmieniały się w wielomilionowe metropolie, a odsetek pracowników zatrudnionych w sektorze przemysłowym, usługach i administracji zdecydowanie zdominował procent ludzi pracujących w rolnictwie. Wyrazem urbanizacji społecznej było przejście miejskiego stylu życia, w którym zaspokojenie potrzeb życiowych uzależnione było od pełnionych przez jednostki wyspecjalizowanych, fragmentarycznych ról (Radziewicz-Winnicki, 2008). Opisane zmiany środowiska życia człowieka, zarówno przyrodniczego jak i społecznego, a co za tym idzie zmiana zachowań jednostki, wskazuje się jako źródło chorób cywilizacyjnych. Wzrostowi liczby zachorowań na raka, choroby układu krążenia oraz wypadków nie zapobiegł nawet wzrost nakładów na rzecz ochrony zdrowia (Miller, 2003). Medycyna naprawcza oraz programy nastawione na polepszanie warunków higienicznych środowiska miejskiego okazały się bezradne wobec nowych zagrożeń. Nie dało się im zapobiec także poprzez zabiegi higieniczne - wysterylizowane biura i najnowocześniejsze aparaty medyczne, których pacjent byłby tylko biernym odbiorcą.

Druga rewolucja zdrowotna, przypadająca na okres powojenny, była reakcją na niemoc działań medycyny naprawczej odnośnie niektórych chorób. Przyjęty styl życia i zachowanie członków rozwiniętych społeczeństw wraz z zanieczyszczeniem środowiska naturalnego zaczęto postrzegać jako czynniki ryzyka w etiologii chorób cywilizacyjnych (Wrona-Polańska, 2003). W 1948 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) utożsamiła pojęcie zdrowia nie tylko z brakiem choroby somatycznej, ale z pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym. Definicja ta opiera się na holistycznym ujęciu człowieka, czyli uznaniu sfer: biologicznej, psychicznej i społecznej za równorzędne i wzajemnie na siebie oddziałujące (Heszen-Niejodek, 2002). Owo wzajemne oddziaływanie przyjmuje postać indywidualną i niepowtarzalną dla każdego człowieka, podobnie jak indywidualny styl życia i wynikające z niego działania i zachowania jednostki. Takie spojrzenie na problematykę zdrowia wymaga interdyscyplinarnych badań naukowych i indywidualnego podejścia do profilaktyki zdrowotnej. Istotą drugiej rewolucji zdrowotnej było zwrócenie uwagi na wpływ indywidualnego stylu życia i zachowań jednostki na zdrowie rozumiane holistycznie. Ważna stała się promocja zdrowia oparta na pozamedycznych uwarunkowaniach zdrowia: psychologicznych, behawioralnych, społecznych (Wrona-Polańska, 2003).

Trzecia rewolucja zdrowotna

Kolejne przemiany w dziedzinie odkryć naukowych i technicznych, a także rozkwit psychologii holistyczno-dynamicz-

nej (Stachowski, 2002) zainicjowały trzecią rewolucję medyczną, która jeszcze dziś nie została całkowicie dokonana. Integracja myślenia humanistycznego i osiągnięć nauki w kontekście zagadnienia zdrowia stała się tematem sympozjów z udziałem specjalistów różnych dziedzin. Pierwsze takie sympozjum w Polsce odbyło się z inicjatywy Profesora Juliana Aleksandrowicza w 1972 roku, które dzięki swej interdyscyplinarności pozwoliło spojrzeć na fenomen zdrowia w sposób nie tylko holistyczny, ale i systemowy (Wrona-Polańska, 2003). Systemowe myślenie o zdrowiu to myślenie w kategoriach dynamicznego procesu, ukierunkowanego na ciągłe przywracanie równowagi organizmu, zakłócaną zarówno przez zewnętrzne jak i wewnętrzne zmiany i wymagania (Heszen-Niejodek, 1991). W tym ujęciu za atrybut zdrowia uznaje się zdolność do osiągania względnej równowagi i integracji obejmującej sferę fizyczną i psychiczną człowieka z uwzględnieniem współoddziaływań ze środowiskiem (Dolińska-Zygmunt, 1996).

Ponadto celem nadrzędnym trzeciej rewolucji zdrowotnej stało się zwiększenie świadomości społecznej i jednostkowej w zakresie zdrowia. Przyrost wiedzy specjalistycznej z zakresu poszczególnych nauk przyrodniczych nie przekładał się bezpośrednio na wiedzę potoczną dotyczącą zdrowia (Wrona-Polańska, 2003). Dopiero interdyscyplinarne zintegrowanie wiedzy, wyników i osiągnięć badawczych poszczególnych dyscyplin pozwoliło na przeniknięcie wiedzy eksperckiej do reprezentacji poznawczej laika. Odbywa się to poprzez tworzenie i realizowanie programów promocji zdrowia i psychoedukacji społeczeństwa

(Miller, 2003). Niemniej jednak, pozytywne efekty oddziaływań profilaktycznych i edukacyjnych, mogły zostać osiągnięte jedynie dzięki równoległe zaistniałemu w psychologii nurtowi humanistycznemu. Podejście to ujmowało osobę jako istotę formułującą samą siebie, z własnego wyboru, odpowiedzialną za decyzje dotyczące samorozwoju. Taka koncepcja jednostki wskazywała na konieczność wniknięcia w światopogląd osoby, a nie jej zachowanie, by jakiegokolwiek oddziaływania stały się efektywne (Stachowski, 2002).

Konieczność poszerzenia świadomości jednostki dotyczącej zdrowia i jego ochrony oraz przenikanie najnowszej wiedzy specjalistycznej do potocznych koncepcji zdrowia jest podstawowym celem rewolucji naukowo-humanistycznej. Wciąż istnieje potrzeba integrowania i popularyzowania dokonań przyrodników i humanistów na rzecz zdrowia, czego dowodem był zorganizowany w 2008 roku przez Profesor Helenę Wronę-Polańską Światowy Kongres Naukowy Juliana Aleksandrowicza.

Podsumowując, XX wiek to epoka zdrowia. W przeciągu 100 lat dokonały się trzy rewolucje zdrowotne, w efekcie czego zdrowie stało się wartością o którą warto dbać i zabiegać. Wartością nie tylko z punktu widzenia społecznego i ekonomicznego, ale również jednostkowego. Początkowo zdrowie definiowano jako brak choroby, a chorego jako bierny przedmiot medycznych oddziaływań lub profilaktyki środowiskowej. Następnie zwrócono uwagę na wpływ indywidualnego stylu życia i zachowań jednostki na zdrowie rozumiane jako niezmienny dobrostan w sferach somatycznej, psychicznej i społecznej. Kolejne przemiany XX

wieku spowodowały, że osoba pojmowana była jako niepodzielna, autonomiczna całość biopsychospołeczna, osadzona w kontekście historyczno-kulturowym. Wtedy to zwrócono uwagę na wpływ świadomości jednostki na stan zdrowia poprzez możliwość samostanowienia o sobie i swoim zdrowiu-chorobie. Tak przyjęta koncepcja człowieka pozwala na ujęcie zdrowia w kontekście procesów rozwojowych, umożliwiających twórcze, bezustanne przystosowywanie się człowieka do wymogów mających swe źródło zarówno w otoczeniu jak i wewnątrz podmiotu (Sęk, 1992; Dolińska-Zygmunt, 1996).

Potoczne definicje zdrowia i choroby, a modele naukowe

W pierwszej części artykułu została przedstawiona aktualnie przyjmowana przez naukowców koncepcja zdrowia, która ma charakter holistyczny, dynamiczny i systemowy. Zgodnie z założeniem trzeciej rewolucji zdrowotnej, na poziom zdrowia wpływa świadome i aktywne działanie jednostki oraz kontrola i regulacja własnego zdrowia (Wrona-Polańska, 2003). Potoczną wiedzę uznaje się dzisiaj za narzędzie percepcji i interpretacji rzeczywistości (Lachowicz-Tabaczek, 2004). Od przyjętej przez jednostkę potocznej koncepcji zdrowia zależy jego spostrzeganie i sposób działania w celu jego ochrony. O dokonaniu się trzeciej rewolucji zdrowotnej powiemy w chwili, gdy wiedza fachowa (medyczna, psychologiczna, ekologiczna) przeniknie do potocznych definicji zdrowia.

Wyniki prowadzonych dotąd badań ukazują wpływ wiedzy naukowej na

potoczną świadomość zdrowotną, jednak nie możemy jeszcze mówić o utożsamieniu potocznej koncepcji zdrowia i choroby z naukowym podejściem do tego zagadnienia. Prowadzone do tej pory badania przybliżają nam sposób myślenia o zdrowiu i chorobie zarówno dzieci, jak i dorosłych.

Badania przeprowadzone przez Sęk (1992, za: Dolińska-Zygmunt, 1996) wskazują, że w potocznych koncepcjach zdrowia znajdują odzwierciedlenie obydwie modele naukowe: biomedyczny i holistyczno-funkcjonalny. Badani preferują model holistyczno-funkcjonalny i akceptują jako swoje, w większym lub mniejszym stopniu wszystkie charakterystyki zdrowia ujęte w tym modelu. Badani w największym stopniu są przekonani o własnym wpływie na poziom zdrowia, oraz o wadze zasobów zarówno psychicznych jak i fizycznych na ich kondycję zdrowotną. W najmniejszym stopniu badani podzielają pogląd, że nawet w niekorzystnych warunkach można zachować zdrowie. Natomiast w modelu biomedycznym badani nie przyjmują za swój poglądu dotyczącego braku osobistej kontroli nad zdrowiem.

Ogólna preferencja twierdzeń zgodnych z modelem holistyczno-funkcjonalnym, a więc definicją zdrowia w kategoriach: holistycznych, dynamicznych i procesualnych związana jest z poziomem wykształcenia badanych. Osoby o wykształceniu podstawowym częściej i w większym stopniu, niż badani z wyższym wykształceniem, przyjmowali twierdzenia modelu biomedycznego za swoje. Dotyczyło to przede wszystkim przekonania o istocie zewnętrznego wpływu na poziom zdrowia.

Inne badania (Boczkowski,

Włodarczyk, 1988 za: Dolińska-Zygmunt, 1996; Gniazdowski, 1990 za: Wrona-Polańska, 2003) dotyczące kryteriów zdrowia także wskazują na zbliżenie się aktualnie przyjętego naukowego modelu zdrowia w ujęciu holistyczno-funkcjonalnym do potocznej definicji zdrowia. Wyniki badań dowodzą, że mimo iż kryterium biomedyczne jest istotne dla 40% badanych to tylko dla 7% jest to kryterium wystarczające do określenia zdrowia. Większość badanych uznaje zjawisko zdrowia jako wielowymiarowe i złożone, co sprzyja wyborowi więcej niż jednego kryterium. Najczęściej wymieniane wyznaczniki zdrowia spójne z modelem holistycznym to: brak poczucia dyskomfortu, dobre samopoczucie, poczucie spokoju, wewnętrzna równowaga, poczucie siły i energii, sprawne wywiązywanie się z obowiązków przypisanych roli oraz rozwijanie swoich własnych zdolności (Dolińska-Zygmunt, 1996 s. 60). Podobnie badania Wrony-Polańskiej (2003) wskazują, że potoczna koncepcja człowieka zdrowego bliska jest holistyczno-funkcjonalnemu ujęciu zdrowia. Według badanych respondentów człowiek zdrowy jest: szczęśliwy, pozytywnie nastawiony do życia, aktywny i dobrze radzący sobie w życiu. Warto jednak zwrócić uwagę, że wszyscy badani mieli wykształcenie średnie, a prawie 75% półwyższe, co jest spójne z wynikami Sęk (1992), dotyczących korelacji pomiędzy wykształceniem, a stopniem preferencji modelu holistyczno-funkcjonalnego.

Wnioski

Podsumowując wyżej przytoczone dane wydaje się, że trzecia rewolucja zdro-

wotna już w dużym stopniu osiągnęła założone cele. Niemniej jednak potrzeba jeszcze trochę czasu i odpowiednio skonstruowanych programów prozdrowotnych, by holistyczno-funkcjonalne podejście do zdrowia przeniknęło do potocznych koncepcji zdrowia ludzi ze wszystkich warstw socjoekonomicznych, a nie było jedynie elitarną domeną wykształconej części społeczeństwa. Istnieje ogromna potrzeba edukacji zdrowotnej dzieci, młodzieży i dorosłych, w celu wzrostu świadomości jednostki, a co za tym idzie kontroli i regulacji własnego zdrowia.

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest opisanie roli społeczno-kulturowych i historycznych zmian w rozumieniu i znaczeniu kategorii zdrowia i choroby. Autor przedstawia społeczno-kulturowe czynniki wpływające na zastępowanie biomedycznego modelu przez biopsychospołeczny model zdrowia i choroby. Ponadto w artykule są prezentowane wyniki badań wskazujące, że potoczne koncepcje zdrowia bliskie są aktualnemu holistycznemu podejściu naukowemu, ale nie są z nim jeszcze tożsame.

Słowa kluczowe: zdrowie, model zdrowia, tło socjokulturowe, wiedza potoczna

Summary

The objective of this report is to describe the role of sociocultural and historical background of changes in meaning category of health and sickness. The Author presents why did the biomedical model of health turn

into bio- psychosocial model of health and sickness. Results of research show that naive theories of health and sickness resemble science model, but still are not the same.

Key words: health, model of health, socio-cultural background, naive theories

Bibliografia

1. Davies N. (1998). Europa. Kraków: Znak.
2. Dolińska-Zygmunt G. (1996). Behawioralne wyznaczniki zdrowia. [W:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), Elementy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
3. Dolińska-Zygmunt G. (1996). Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. [W:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), Elementy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
4. Heszen-Niejodek I. (1991). Radzenie sobie z konfrontacją stresową. *Nowiny Psychologiczne*, 1-2, 13-26.
5. Heszen-Niejodek I., Wrześniewski K. (1998). Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia. [W:] J. Strelau (red.), *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Gdańsk: GWP.
6. Hobfoll S. (2006). Stres, kultura i społeczność. Gdańsk: GWP.
7. Miller M. (2003). Promocja zdrowia wobec reform systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*, 57, 513-519.
8. Radziewicz-Winnicki A. (2008). *Pedagogika społeczna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
9. Stachowski R. (2002). Historia psychologii: Od Wundta do czasów najnowszych. [W:]

J. Strelau (red.), Psychologia. Podręcznik akademicki. Gdańsk: GWP.

10. Wrona-Polańska H. (2003). Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP.

Adres do korespondencji:

mgr Magdalena Nowakowska

nowakowska83@gmail.com